vior: A meta-analytic review of protection motivation theory. J Appl Soc Psychol 2000;30:106-43.
4. *Witte K, Allen M.* A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. Health Educ Behavior 2000;27:591-615.
5. *Hoog N de, Stroebe W, Wit JBF de.* The impact of vulnerability to and severity of a health risk on processing and acceptance of fear-arousing communications: A meta-analysis. Review Gen Psychol 2007 doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1089-2680.11.3.258
6. *Albarracín D, Gillette JC, Earl AN et al.* A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. Psychol Bull 2005;131:856-97.
7. *Hammond D.* Health warning messages on tobacco products: a review. Tobacco Control 2011;20:327-37.
8. WHO. Research for International Tobacco Control. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008.
9. *Talhout R, Opperhuizen A.* Herziening EU-Tabaksproductrichtlijn2001/37/EG. Bilthoven: RIVM, 2012.
10. *Camp Wilson T de, Nisbett RE.* The Accuracy of Verbal Reports About the Effects of Stimuli on Evaluations and Behavior. Social Psychol 1978;41:118-31.
11. *Ruiter RAC, Kok G.* Saying is not (always) doing: Cigarette warning labels are useless. Eur J Public Health. 2005;15:329.
12. *Osler M, Prescott E.* Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. Tobacco Control 1998;7:262-7.
13. *Kok G, Bartholomew LK, Parcel GS, Gottlieb NH, Fernández ME.* Alternatives to fear appeals: Theory- and evidence-based health promotion, an Intervention Mapping approach. Int J Psychol. (in druk).
14. *Nichter M, Vuckovic N, Quintero G, Ritenbaugh C.* Smoking experimentation and initiation among adolescent girls: qualitative and quantitative findings. Tobacco Control 1997;6:285-95.
15. *Peters G-JY, Ruiter RAC, Kok G.* Threatening communication: A qualitative study of fear appeal effectiveness beliefs among interventionists, policymakers, politicians, scientists and advertisers. Int J Psychology. (in druk).
16. *Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernández ME.* Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2011.
17. *Brug J, Assema P van, Lechner L.* Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering; een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum, 2012.

Correspondentieadres
Gjalt-Jorn Peters, Methodologie en Statistiek, Faculteit der Psychologie, Open Universiteit, Heerlen, e-mail: gjalt-jorn@behaviorchange.eu

Interactieve media voor gedragsverandering

Een hedendaags perspectief op gezondheidscommunicatie

B.B. Stinesen,[1] R.J. Renes,[1,2] J. Meinetten,[1] H. de Bruin[3]

Gedragsveranderende gezondheidscommunicatie is voor veel communicatieprofessionals een uitdaging. Ontwikkelingen op het gebied van interactieve media kunnen hierbij een doorslaggevende rol spelen. De gezondheidsprofessional krijgt hierdoor nieuw gereedschap in handen. In dit artikel wordt uiteengezet hoe interactieve media strategisch kunnen worden ingezet ten einde de effectiviteit te vergroten van een drietal belangrijke communicatiestrategieën: inhaken op het kritieke moment, voelbaar maken van sociale druk en afstemming op het individu.

[1] *Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein, Hogeschool Utrecht, Utrecht*
[2] *Communication and Innovation Studies Group, Wageningen University, Wageningen*
[3] *Communicatieadviesbureau To Remind You, Eindhoven*

Inleiding

De belangrijkste gezondheidsrisico's wereldwijd - waaronder roken, lichamelijk inactiviteit, overgewicht en obesitas[1] - zijn voor een belangrijk deel gedrag gerelateerd. Gedragsverandering kan deze gezondheidsproblemen grotendeels voorkomen. De vraag hoe hier effectief op aan te sturen laat zich echter moeilijk beantwoorden.

Veel praktijkinterventies nemen het veranderen van intenties als uitgangspunt. Hoewel intenties inderdaad een belangrijke drijfveer vormen voor gedrag, maken we onze goede voornemens lang niet altijd waar.[2,3] Als het er op aankomt is gedrag vaak intuïtief of impulsief van aard,[4,5] regelmatig met negatieve effecten tot gevolg. Zo'n 40% van de sterfgevallen in de VS blijkt dan ook toe te schrijven aan het toegeven aan allerlei ongezonde verleidingen.[6]

Gezondheidsinterventies moeten zich daarom niet alleen richten op het gunstig beïnvloeden van intenties vooraf, maar moeten ingrijpen op die momenten waarop men wordt verleid tot ongezonde keuzes. Alleen al met betrekking tot voeding maken we dagelijks ruim 200 keuzes per persoon.[7] In een ideale situatie wordt precies op deze kritieke keuzemomenten het spreekwoordelijke duwtje in de gezonde richting gegeven. Dit vraagt om gerichte feedback, afgestemd op het individu. Bovendien is van belang wie deze feedback geeft. Een betrokken sociale omgeving kan aanzienlijke druk uitoefenen.[4]

De mogelijkheden om mensen juist op *het* moment dat het erop aankomt gerichte ondersteuning te bieden, waren tot voor kort zeer beperkt. Ontwikkelingen

op het gebied van interactieve technologie en media maken doelgroepen echter beter bereikbaar. Hierdoor ontstaan nieuwe kansen om de huidige focus op massamediaal zenden te verleggen naar betrokken en gericht communiceren. In dit artikel presenteren we een innovatief perspectief op gezondheidscommunicatie, dat inzichtelijk maakt hoe veranderingen in het communicatielandschap optimaal kunnen worden benut om gezondheidsgedrag te beïnvloeden. Hiertoe bespreken we drie pijlers voor succesvolle gezondheidscommunicatie: inhaken op het kritieke moment, voelbaar maken van sociale druk en afstemming op het individu.

Inhaken op het kritieke moment

Zoals hierboven al aangestipt, richt veel gezondheidscommunicatie zich op de voorbereidingen voorafgaand aan het gewenste gedrag. Hoewel dergelijke initiatieven onmisbaar zijn, blijken ze vaak onvoldoende in staat daadwerkelijk tot gedragsverandering aan te zetten. Als de tijd tussen intentievorming en het moment van overgaan tot actie groter wordt, neemt de kans dat het gedrag wordt uitgevoerd af.[2,3] Wanneer het er op aankomt, lijken voornemens en voorbereidingen vaak weer vergeten en nemen onbewuste processen en ingesleten gewoontes de overhand.

Daarom is naast aandacht voor het afwegingsproces voorafgaand aan het gedrag, bewustwording van de keuzecontext noodzakelijk.[8] Behalve de motivatie en het vermogen om het voorgenomen gedrag uit te voeren, is er op het kritieke keuzemoment een duidelijke *trigger* nodig die het gedrag in herinnering brengt.[9] Recent onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat een eenvoudige visuele prikkel tijdens het eten kan werken als stopsignaal.[10] Studenten die aten uit een koker waarbij tussen gewone 'gele' chips met regelmaat een rode zat, aten de helft minder dan studenten die eenzelfde koker met enkel gewone chips kregen.

Triggeren op het keuzemoment loont, maar vereist precieze timing. Interactieve technologie verbreedt de mogelijkheden om op deze vaak moeilijk te voorspellen momenten te kunnen inhaken.[9] Dankzij mobiele communicatiemiddelen kan men altijd en overal informatie uitwisselen. Dit stelt gezondheidsprofessionals in staat op kritieke keuzemomenten net dat duwtje in de gezonde richting te geven. Via mobiele media kan de meest actuele informatie worden verzameld om deze momenten in kaart te brengen. Zo wisten Hofmann et al.[11,12] nauwgezet de dagelijkse verleidingen van hun onderzoeksdeelnemers te documenteren, door via smartphones contact met hen te houden. Op basis van dergelijke informatie kan men de doelgroep langs dezelfde weg een motiverend en/of faciliterend signaal geven dat eraan herinnert dat dit *het* moment is om te handelen.[9]

Voelbaar maken van sociale druk

Naast het kritieke moment is de sociale omgeving van groot belang. Mensen blijken in de aanwezigheid van anderen minder snel toe te geven aan verleidingen, dan wanneer ze alleen zijn.[12] Vooral binnen groepen waarvan men zelf deel uitmaakt is de invloed van sociale druk groot.[13] Het voelbaar maken van sociale druk is dan ook een effectieve strategie voor gedragsbeïnvloeding. Sociale netwerken en sociale media als bindmiddel binnen deze netwerken kunnen hiertoe doeltreffend worden ingezet.[14] Doordat deze de aanwezigheid van anderen weten te suggereren, kan sociale druk voelbaar worden gemaakt. Zelfs wanneer men feitelijk alleen is. Onderzoekers[15] toonden bijvoorbeeld aan dat vrouwen die tijdens een fietsoefening via een webcam in verbinding stonden met een iets beter presterende partner, de oefening aanzienlijk langer volhielden.

Sociale druk wordt ook voelbaar wanneer mensen hun verwachtingen naar elkaar uitten. Gezondheidsprofessionals kunnen dit gegeven benutten, bijvoorbeeld door een doelgroep een ruim assortiment aan gezondheidsboodschappen te bieden die zij elkaar via sociale media kunnen sturen. Door toepassing van persuasieve strategieën kan de effectiviteit van deze boodschappen worden vergroot. Waar bij traditionele grootschalige interventies dergelijke goed uitgedachte gezondheidsboodschappen vaak direct afkomstig waren van een (overheids)instantie, kan door middel van sociale media het eigen netwerk optreden als schakel in het communicatieproces. Dit heeft grote voordelen. Mensen zijn gevoeliger voor de mening van voor hen belangrijke anderen,[4] dan voor die van een relatief anonieme instantie. Bovendien, neigen ze eerder waarden en gedragingen over te nemen wanneer ze worden gestimuleerd door personen waarmee ze zich kunnen identificeren, zich verbonden voelen en in wie zij vertrouwen hebben.[13,16]

Niet alleen de ideeën die mensen hebben over de verwachtingen van anderen zijn van invloed. Het is belangrijk dat hun perceptie van wat anderen doen hiermee in overeenstemming is.[13] Het verleiden tot gezond gedrag, vereist dat juist het gewenste gedrag bij anderen zichtbaar wordt gemaakt. Wanneer traditionele gezondheidscampagnes deze strategie toepassen, is de afstand tussen communicatiedoelgroep en referentiegroep vaak groot. Doordat middels sociale media het *eigen* netwerk kan optreden als referentiegroep, wordt deze afstand verkleind en neemt de kans op overreding toe. Het initiatief dat facebook gebruikers aanmoedigt hun donorregistratie te delen met vrienden illustreert dit. De donorregistratie van de één kan de ander net het laatste zetje geven zijn uitgestelde voornemen in praktijk te brengen. Bovendien kunnen vrienden zonder deze intentie worden geprikkeld. Want wanneer men belangrijke anderen een doel ziet nastreven, kan dit aansporen tot het overnemen van dit doel.[8,17,18] Door gebruikers te attenderen op gezond gedrag van anderen in hun netwerk, kan dus zowel de vorming als naleving van intenties worden gestimuleerd.

Afstemming op het individu

Het is niet enkel van belang wanneer en door wie er wordt gecommuniceerd, maar ook dat dit gericht gebeurt. Voor grootschalige gezondheidcampagnes gebaseerd op een eenvoudig zender-ontvanger model, bleek lange tijd alleen afstemming op een bepaald segment van de populatie haalbaar.[19,20] In hun dage-

lijkse gesprekken stemmen mensen wat ze zeggen continu op elkaar af. Persoonlijke afstemming is eveneens wenselijk voor gezondheidscommunicatie. Interactieve media faciliteren processen van actie en reactie, waardoor dit mogelijk wordt. Met interactieve media kunnen persoonlijke contacten actief worden betrokken. Zij kennen de betreffende persoon en weten als geen ander wat deze nodig heeft. Bovendien geven de mogelijkheden tot interactie met de doelgroep gezondheidsprofessionals in toenemende mate toegang tot persoonsgebonden informatie. Hierdoor kunnen zij hun communicatie gericht laten aansluiten bij specifieke situaties en keuzemomenten waarvoor een individu komt te staan.

Meta-analyse van onderzoeken naar persoonlijke afstemming van gedragsveranderende gezondheidsinterventies, toont dat de mate waarin rekening wordt gehouden met de specifieke situatie van het individu sterk bijdraagt aan effectiviteit.[20] Afstemmen kan bijvoorbeeld door specifieke visuele cues te gebruiken die een bepaald persoon prikkelen of door inhoudelijk in te spelen op individuele factoren, zoals risicoperceptie.[19,20] Daarnaast kan men feedback geven op het eigen gedrag: hoe heeft het zich ontwikkeld?[20] En hoe verhoudt het zich tot richtlijnen of tot het gedrag van peers?[21] De tactiek kan worden aangepast, door te kiezen voor specifieke communicatieve strategieën waarvoor iemand gevoelig is.[22]

Hoe meer de communicatie wordt toegespitst op de specifieke context van het individu, het gedrag en hieraan gekoppelde theoretische concepten, hoe groter de kans op succes.[20] Hiervoor moeten grote hoeveelheden informatie over individuele personen kunnen worden verzameld[19] en up-to-date worden gehouden. Dankzij interactieve technologie zijn daar steeds meer mogelijkheden toe. Door constante informatie-uitwisseling weten de advertentiesystemen van sociale netwerksites al steeds beter aan te sluiten bij de interesses van hun individuele gebruikers. Op dezelfde manier kan ook gezondheidscommunicatie beter worden afgestemd. Hierdoor hoeven persoonlijke gezondheidsadviezen zich niet langer te beperken tot één-op-één contacten (zoals die tussen diëtist en cliënt). Door middel van mobiele en sociale media kunnen nu grootschalige gezondheidsinterventies eveneens een persoonlijkere benadering hanteren.

Discussie

Doordat men via interactieve media dichter bij de persoon en zijn kritieke momenten kan komen, kan er beter een brug worden geslagen tussen intentie en gedrag. De kracht van interactieve technologie ligt grotendeels in het vermogen om contextgebonden kennis vanuit de doelgroep en haar sociale omgeving samen te brengen met inhoudelijke en strategische kennis van gezondheids- en communicatieprofessional. Bovendien kan door het sociale netwerk op te laten treden als schakel tussen gezondheidsprofessional en doelgroep, sociale druk voelbaar worden gemaakt en de ontvankelijkheid voor gedragsverandering worden vergroot. Tweerichtingsverkeer in de communicatie met de doelgroep, stelt de doelgroep bovendien in staat zelf initiatief te nemen in het communicatieproces. De motivatie om informatie kritisch te bekijken en daadwerkelijk te gebruiken neemt toe.[23] Een interactieve en vraaggerichte benadering draagt zodoende bij aan de effectiviteit van de communicatieactiviteiten.

Voor een effectieve inzet van interactieve media, zal wel aan bepaalde voorwaarden moeten worden voldaan. Men dient bijvoorbeeld in overweging te nemen hoe een communicatieproces waarin burgers zelf een actieve rol vervullen in goede banen kan worden geleid. Wellicht kan effectiviteit alleen worden gewaarborgd, wanneer participatie plaatsvindt binnen een door de communicatieprofessional geschetst kader. Echter, de vrijheid van de doelgroep om naar eigen inzicht deel te nemen, wordt dan ingeperkt. Het stellen van grenzen lijkt een noodzaak waarbij verschillende keuzes goed tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Daarnaast moet worden nagegaan hoe participatie (blijvend) kan worden gestimuleerd. De actieve rol van de doelgroep in het communicatieproces stelt aan haar ook eisen. Men moet zich bewust zijn van een gezondheidsprobleem en gemotiveerd zijn om het probleem via interactieve media te tackelen. Dat het gebruik van interactieve media veelal gepaard gaat met gemak, laagdrempeligheid en spel, is in dit opzicht een voordeel. Deze elementen dienen dan ook optimaal te worden benut.

Een belangrijk aandachtspunt tot slot, is het feit dat niet alle persuasieve strategieën die in *real life* effectief zijn gebleken, dit ook per definitie zullen zijn voor online communicatie. Bijvoorbeeld, het gepresenteerde perspectief besteedt veel aandacht aan de invloed van sociale druk. Maar kan deze wel optimaal worden benut via sociale media? Mensen proberen te voldoen aan de verwachtingen van anderen, uit angst dat zij hen er anders op zullen afrekenen.[13] Naar verwachting zal de stimulans daarom groter zijn wanneer deze anderen fysiek aanwezig zijn.[13] Echter, waar het om gaat, is dat men het gevoel heeft dat de ander weet heeft van zijn gedrag.[13] Hiertoe kan men informatie over het gedrag van het individu terugkoppelen aan het sociale netwerk. Met betrekking tot een dergelijk feedbacksysteem wordt ook wel gesproken over *mediërende* technologie.[24] Deze gaat een stap verder dan technologie met een *vergelijkende* rol, die de gebruiker laat zien hoe zijn gedrag zich verhoudt tot dat van anderen.[24]

Slotwoord

De belangrijkste doodsoorzaken van vandaag zijn gedrag gerelateerd en daarmee, theoretisch gezien, grotendeels te voorkomen. Toch blijkt het in de praktijk bijzonder moeilijk mensen aan te zetten tot gezonder gedrag. Veel klassieke gezondheidscampagnes hebben in het gunstigste geval een positief effect op intenties, maar blijken te beperkt om aan te sporen tot gedragsverandering. Hiertoe is het noodzakelijk dat communicatie plaatsvindt op kritieke momenten, er gebruik wordt gemaakt van sociale druk en de doelgroep gerichte feedback ontvangt. Gedragsbeïnvloeding vereist daarom een nieuwe, meer interactieve benadering. Veranderingen in het communicatielandschap hebben de mogelijkheden hiertoe vergroot.

Interactieve technologie stelt professionals in staat hun kennis over gezond gedrag en persuasieve strategieën te versmelten met specifieke kennis over de

persoonlijke situatie van de doelgroep. Deze ontwikkeling maakt een transitie realiseerbaar van ongericht massamediaal zenden, naar grootschalige theoretisch onderbouwde gezondheidscommunicatie afgestemd op het individu. Door interactieve media vormen tijd en plaats niet langer een belemmering, kunnen sociale netwerken actief worden betrokken en kan relevante en actuele informatie worden verzameld over de doelgroep. Hierdoor kan deze op kritieke momenten worden voorzien van gerichte feedback - qua inhoud, timing en tactiek - die het verschil kan maken bij alledaagse keuzes die onze gezondheid beïnvloeden.

Abstract

Interactive media for behavior change interventions

Developing effective health campaigns is challenging. Conventional mass media approaches may create awareness, or affect attitudes or intentions at best. With respect to behavior change, however, results are usually limited. Effective behavior change interventions, require for communication to take place at critical moments (that is, when the desired behavior needs to become enacted), should foster social pressure and provide individuals with targeted feedback. To make the most out of each of these qualities, health professionals could benefit the use of interactive media, which provide them with the equipment to realize relevant and well-timed interventions at the individual level.

Keywords: health communication, behavior change, interactive media

Literatuur

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO Press, 2009.
2. *Webb TL, Sheeran P.* Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. Psychol Bull 2006;132: 249-68.
3. *Sheeran P.* Intention - behavior relations: A conceptual and empirical review. Eur Rev Soc Psychol 2002;12:1-36.
4. *Aarts N, Woerkum C van.* Strategische Communicatie: principes en toepassingen. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, 2008.
5. *Hofmann W, Friese M, Wiers RW.* Impulsive versus reflective influences on health behavior: A theoretical framework and empirical review. Health Psychol Rev 2008;2:111-37.
6. *Schroeder SA.* We can do better - improving the health of the American people. N Engl J Med 2007;357:1221-8.
7. *Wansink B, Sobal J.* Mindless eating: the 200 daily food decisions we overlook. Environ Behav 2007;39:106-23.
8. *Aarts H.* Gewoontegedrag: de automatische piloot van mens en maatschappij. In: Tiemeijer WL, Thomas CA, Prast HM, editors. De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag. Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press, 2009, p. 65-87.
9. *Fogg, BJ.* A behavior model for persuasive design. Proceedings of the 4th international conference on persuasive technology. New York: ACM, 2009.
10. *Geier A, Wansink B, Rozin P.* Red potato chips: Segmentation cues can substantially decrease food intake. Health Psychol 2012;31:398-401.
11. *Hofmann W, Vohs KD, Baumeister RF.* What people desire, feel conflicted about, and try to resist in everyday life. Psychol Science 2012;23:582-8.
12. *Hofmann W, Baumeister RF, Förster G, Vohs KD.* Everyday temptations: An experience sampling study of desire, conflict, and self-control. Journal of Personality and Social Psychology 2011; December 12.
13. *Lapinski MK, Rimal RN.* An explication of social norms. Commun Theory 2005;15: 127-47.
14. *Valente TW.* Network interventions. Science 2012;337:49-53.
15. *Irwin BC, Scorniaenchi J, Kerr NL, Eisenmann JC, Feltz DL.* Aerobic Exercise Is Promoted when Individual Performance Affects the Group: A Test of the Kohler Motivation Gain Effect. Ann Behav Med 2012:1-9.
16. *Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC.* Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. Eur Health Psychol 2008;10:2-5.
17. *Shah J.* The motivational looking glass: how significant others implicitly affect goal appraisals. J Pers Soc Psychol 2003; 85:424-39.
18. *Shah JY.* The automatic pursuit and management of goals. Curr Direct Psychol Science 2005;14:10-3.
19. *Kreuter MW, Wray RJ.* Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. Am J Health Behav. 2003;27:S227-32.
20. *Noar SM, Benac CN, Harris MS.* Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. Psychol Bull 2007;133:673-93.
21. *Hawkins RP, Kreuter M, Resnicow K, Fishbein M, Dijkstra A.* Understanding tailoring in communicating about health. Health Educ Res 2008;23:454-66.
22. *Rimer BK, Kreuter MW.* Advancing tailored health communication: A persuasion and message effects perspective. J Commun 2006;56:S184-201.
23. *Griffin RJ, Dunwoody S, Neuwirth K.* Proposed model of the relationship of risk information seeking and processing to the development of preventive behaviors. Environ Res 1999;80:S230-45.
24. *Waardenburg T, Winkel R, Lamers MH.* Normative social influence in persuasive technology: intensity versus effectiveness. In: Bang M, Ragnemalm EL, editors. Persuasive technology: design for health and safety Heidelberg: Springer, 2012, p. 145-156.

Correspondentieadres
Dr. Reint Jan Renes, Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein, Hogeschool Utrecht, Postbus 8611,3503 RP Utrecht, e-mail: reintjan.renes@hu.nl